

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA*

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

I CZĘŚĆ

Rozpoznanie **choroby zasadniczej** (prosimy o zaznaczenie **jednego** schorzenia)

(zgodnie z wykazem chorób umieszczonym we wpisie do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych OR/26/0003/17 ORW POLANIKA)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> alergia, | <input type="checkbox"/> padaczka, |
| <input type="checkbox"/> autyzm, | <input type="checkbox"/> przewlekłe choroby wątroby, |
| <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe. | <input type="checkbox"/> przewlekłe zapalenie trzustki, |
| <input type="checkbox"/> celiakia, | <input type="checkbox"/> rozszczep warg i podniebienia, |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna, | <input type="checkbox"/> schorzenia dermatologiczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby narządów wydzielania wewnętrznego, | <input type="checkbox"/> schorzenia endokrynologiczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne, | <input type="checkbox"/> schorzenia kręgosłupa, |
| <input type="checkbox"/> choroby przemiany materii, | <input type="checkbox"/> schorzenia laryngologiczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby skóry | <input type="checkbox"/> schorzenia metaboliczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby układu krwiotwórczego, | <input type="checkbox"/> schorzenia onkologiczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego, | <input type="checkbox"/> schorzenia reumatyczne, |
| <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego, | <input type="checkbox"/> schorzenia układu immunologicznego, |
| <input type="checkbox"/> choroby wymagające leczenia dietami eliminacyjnymi, | <input type="checkbox"/> schorzenia układu oddechowego, |
| <input type="checkbox"/> cukrzyca, | <input type="checkbox"/> schorzenia złego wchłaniania, |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, | <input type="checkbox"/> schorzenia zwyrodnieniowe, |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia, |
| <input type="checkbox"/> fenyloketonuria, | <input type="checkbox"/> skolioza, |
| <input type="checkbox"/> hemofilia, | <input type="checkbox"/> stwardnienie rozsiane, |
| <input type="checkbox"/> jękanie się, | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, |
| <input type="checkbox"/> mastektomia, | <input type="checkbox"/> wady genetyczne, |
| <input type="checkbox"/> mózgowe porażenie dziecięce, | <input type="checkbox"/> wady postawy, |
| <input type="checkbox"/> mukopolisacharydoza, | <input type="checkbox"/> zaburzenia depresyjne, |
| <input type="checkbox"/> mukowiscydoza, | <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu i mowy, |
| <input type="checkbox"/> niedoczynność tarczycy, | <input type="checkbox"/> zaburzenia nerwicowe, |
| <input type="checkbox"/> osoby po laryngektomii, | <input type="checkbox"/> zaburzenia psycho-organiczne, |
| <input type="checkbox"/> otyłość, | <input type="checkbox"/> zaburzenia rozwoju psychoruchowego, |
| | <input type="checkbox"/> Zespół Downa, |
| | <input type="checkbox"/> Zespół Marfana, |
| | <input type="checkbox"/> Zespół Willipradera, |

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....
.....

Uczulenia

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie ortopedyczne

.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....
.....
.....
Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....

II CZĘŚĆ

Dodatkowo proszę zaznaczyć wskazania do wykonania zabiegów:

Hipoterapia: Brak przeciwwskazań / Przeciwwskazania, jakie?
.....

Dogoterapia: Brak przeciwwskazań / Przeciwwskazania, jakie?
.....

Ćwiczenia w wodzie: Brak przeciwwskazań / Przeciwwskazania, jakie?
.....

PRZECIWSKAZANIA DO INNYCH ZABIEGÓW

.....
.....
.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

***Druk „Informacja o stanie zdrowia” wypełnia:**

I CZĘŚĆ: lekarz pierwszego kontaktu

II CZĘŚĆ:

lekarz pierwszego kontaktu: niepełnosprawność intelektualna lekka i umiarkowana (bez zdiagnozowanej epilepsji/padaczki), autyzm (bez schorzeń towarzyszących oraz bez zdiagnozowanej padaczki/epilepsji)

LUB

lekarz neurolog, ortopeda: niepełnosprawność intelektualna lekka i umiarkowana (z diagnozą epilepsji/padaczki), niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym i głębokim, zespoły genetyczne (m.in Zespół Downa, Will'y Pradera i in.), MPD, zaniki mięśni (rdzeniowe, ataksje teleangiektazje, SM, dystrofie i inne postępujące), pacjenci z niepełnosprawnością ruchową, pacjenci neurologiczni, po udarach, po wypadkach.

Informacja jest ważna w danym roku kalendarzowym.

Uczestnik turnusu jest zobowiązany do przesłania skanu informacji na adres:

katarzyna.lisowska@polanika.pl bądź listownie do Katarzyna Lisowska, Ośrodek Rehabilitacyjno - Wypoczynkowy Polanika ul. Laskowa 95 Chrusły 26-050 Zagnańsk oraz przedstawienia oryginału w trakcie meldowania w recepcji Ośrodka.